

## PENGELOLAAN PENYAKIT MENULAR SEKSUAL DI KLINIK UMUM

Soedarmadi

**Laboratorium Penyakit Kulit & Kelamin  
Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta**

### Abstract

The social economic condition of most societies has not improved the procedures of sexually transmitted disease management. Therefore, a fast and reliable diagnostic method known as on the spot diagnosis or real time analysis is very significant in the sexually transmitted disease management, especially on the epidemiological side. Although at present it is known that there are many sexually transmitted germs causing sexually transmitted disease and sexually transmitted disease syndrome. In everyday life there are two dangerous germs, gonococci and chlamydia. The management of sexually transmitted disease optimal syndrome is expected to have a positive effect for sexually transmitted disease and other sexually transmitted disease syndrome. Sexually transmitted disease spectrum at sexually transmitted disease polyclinic Dr. Sardjito Hospital also reflect the kind. Sexually-transmitted urethritis and sexually-transmitted cervicitis are the manifestation of both germs as seen in most cases (75%).

**Key words :** sexually transmitted disease, management, diagnostic method, spot diagnosis, real time analysis

### Pendahuluan

Kondisi sebagian masyarakat belum mendukung prosedur pengelolaan penyakit menular seksual (PMS) secara canggih. Seperti tercermin dalam tindak lanjut kasus UMS di RSUP Dr. Sardjito<sup>1</sup> yang dapat dilihat dalam Tabel 1.

**Tabel 1.**  
**Ketaatan kontrol penderita UG  
yang mendapat penisilin**

Tahun	Jumlah	Tak kontrol	Kontrol	Sembuh	Tak sembuh
1987	65	60	5	4	1
1988	176	85	91	60	31
1989	137	68	69	47	22

Sumber: Soedarmadi<sup>5</sup>

Spektum penyakit kelamin semakin meluas dan sekarang lebih populer dengan nama PMS, yang perannya sebagai PMS

semakin nyata/dikenal karena beberapa hal.<sup>2</sup> Perubahan perilaku seksual, praktek kontrasepsi, meningkatnya angkatan muda khususnya di negara berkembang dan urbanisasi serta faktor lain menyebabkan meningkatnya jumlah penderita PMS baru di seluruh dunia.<sup>3</sup> Tidak hanya jumlah penderitanya, kuman-kuman yang diketahui penularannya secara seksual juga meningkat, saat ini dikenal sekitar 20 kuman menular seksual, termasuk virus HIV yang menakutkan.<sup>4</sup>

Meningkatnya PMS adalah akibat kumulasi sumber infeksi asimtomatik dalam masyarakat, sedangkan penderita PMS adalah golongan seksual aktif. Diperkirakan 250 juta atau lebih penderita baru PMS muncul di dunia pada tahun 1990.<sup>6</sup> Untuk negara berkembang, seperti halnya di negara lain sejak akhir Perang Dunia II, ka-

**Tabel 2.**  
**Sindrom utama PMS dan kausanya**

Manifestasi klinik	Kuman patogen penyebab
Urethritis pada pria	N.gonorrhoeae, C. Trachomatis, U. Urethriticum
Epididimitis	N.gonorrhoeae, C. Trachomatis
Servitis	N.gonorrhoeae, C. Trachomatis, Virus Herpes 1 atau 2 (alpha)
Vaginitis	T. Vaginalis, C. Albicans
Vaginosis bakterial	G. Vaginalis dan kuman anaerob lain
Penyakit radang panggul	N.gonorrhoeae, C. Trachomatis, M. Hominis
Ulserasi genital	Virus Herpes 1 atau 2 alpha, T. Pallidum, N. Ducreyi, C. Trachomatis (strain limogranuloma), C. Granulomatis
Proktitis	N. Gonorrhoeae, C. Trachomatis, Virus Herpes 1 atau 2, T. Pallidum
Proktokolitis	Shigella spp., Compylobacter spp., E. Histolytica
Enteritis	G. Lamblia
Sindroma Reyter	C. Trachomatis
Infeksi gonokokal diseminasi	N. Gonorrhoeae,
Hepatitis	Virus Hepatitis B, Herpes 5 (beta)
Kutil genital dan anal	Virus Papiloma manusia
AIDS	HIV atau HTLV-III
Sepsis neonatus	Streptokokus Grup B
Konjungtivitis neonatus	N. Gonorrhoeae, C. Trachomatis
Sindroma troch	Virus herpes 5 (beta), Virus Herpes 1 atau 2 (alpha), T. Pallidum
Pneumonia	C. Trachomatis

Dikutip dari WHO<sup>3</sup>

sus PMS di poli PMS kebanyakan adalah pria dengan urethritis (UMS), wanita dengan keputihan (KMS), pria dan wanita dengan kondiloma genital, herpes genitalis, ulkus genital, dan lain-lain serta kasus-kasus non VD, tidak dimonopoli VD klasik.<sup>7</sup> Hal ini sesuai dengan spektrum PMS di RSUP Dr. Sardjito. Dari tabel 2 dapat dilihat bahwa gonokokok dan klamidia merupakan penyebab sebagian besar sindroma PMS (lebih dari 50 %).

Karena keterbatasan fasilitas untuk mendapatkan diagnosis yang tepat, data atau insidensi yang ada tidak realistis. Perkiraan untuk kota-kota besar di Afrika insidensi tahunan untuk gonore adalah 3.000-10.000 per 100.000 penduduk.<sup>3</sup>

Untuk klinisi lebih praktis memandang spektrum berdasar pada sindrom klinis daripada penyakitnya, karena pengobatan sering kali harus dilakukan sebelum konfirmasi tes diagnosis, bahkan tanpa bantuan tes diagnostik.<sup>8</sup> Dalam praktek sehari-hari yang paling banyak dihadapi klinisi adalah penderita pria dengan UMS dan wanita

dengan KMS. Uretris gonore (UG) maupun uretris non-gonore (UNG) banyak yang asimtomatik, apalagi infeksi gonore/dan khlamidia pada wanita jauh lebih banyak dan lebih sukar didiagnosis.

Dalam penelitian-penelitian sebelumnya berbeda dengan data negara maju dan kota-kota besar lainnya, angka UG di Yogyakarta lebih tinggi daripada UNG.<sup>9</sup>

#### Bahan dan cara

Materi diambil dari pengunjung poliklinik PMS RSUP Dr. Sardjito lima tahun terakhir (1987-1991). Diagnosis yang dipakai dalam membuat spektrum PMS adalah *on the spot diagnosis* atau *real time analysis*, yaitu diagnosis cepat dan tepat yang cukup handal, yang besar artinya dalam pentatalaksanaan epidemiologis PMS.<sup>9</sup> Cara ini juga cocok untuk klinik umum/PHC (*Primary Health Care*), yang pada umumnya fasilitas diagnosisnya minimal (hanya ada mikroskop) atau tanpa fasilitas.<sup>2</sup>

Data RSUP Dr. Sardjito adalah dari/dan sebagian mitra seks penderita yang diminta datang untuk *case finding*. Mungkin data ini berbeda untuk klinik umum/PHC lain (Tabel 3).<sup>10</sup>

Penderita yang datang dikelompokkan dalam sindrom yang diderita (Tabel 4), baru kemudian dikelompokkan dalam jenis PMS dan penyebabnya. Diagnosis UNG dan MPC (*muco purulent cervicitis*) dibuat dengan eksklusi gonokol, yang kemudian dikelompokkan dalam NSGI

Dalam kasus lain-lain adalah kelompok "non VD" atau mungkin penderita yang tidak terdiagnosis karena sulit, khususnya pada kasus wanita. Juga mitra seks mereka yang diminta datang, dari hasil diagnosis ternyata tidak terbukti terjangkit PMS.

**Tabel 3.**  
**Kasus PMS sesuai dengan jenis klinik**

Jenis klinik	Klinik PMS	Klinik umum	Klinik KB
Indek kasus	Laki-laki dengan uretritis	wanita dengan discar, disuri, PID, dll.	Wanita asimtomatik
Kontak	wanita dengan gejala (-)/diabaikan	Laki-laki dengan gejala (-)/diabaikan	Laki-laki asimtomatik

Sumber: WHO<sup>10</sup>

### Hasil dan pembahasan

Dengan *on the spot diagnosis*, spektrum sindrom PMS di poli RSUP Dr. Sardjito pada 5 tahun terakhir dapat dilihat pada Tabel 4.

**Tabel 4.**  
**Sindrom PMS dan frekuensinya di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta**

Tahun	1987	1988	1989	1990	1991	Jumlah
UMS	377	385	530	595	455	2342
MPC	23	39	85	127	85	359
"KMS"	38	103	81	81	76	379
UGMS	65	67	53	29	19	233
Kondil. genital	46	31	39	35	45	196
Herpes genital	0	0	0	34	49	83
Batol./orco-epi-is	0	0	0	33	21	54
Sifilis dini	6	1	9	7	2	25
Konjungtivitis gonore	0	0	1	0	2	3
Jumlah Kasus PMS	578	626	798	941	754	3697
Lain-lain	109	162	188	244	193	893
Jumlah pengunjung	687	788	986	1185	947	4593

Sumber: Soedarmadi<sup>11</sup>



Dari tabel tersebut dapat dirinci sebagai berikut:

UMS (Urethritis Menular Seksual) total	2.324	-	468/tahun
UG (Urethritis Gonore)	1.601	-	320/tahun
UNG (Ur. Non Gonore)	741	-	148/tahun
KMS (Keputihan Menular Seksual) total	379	-	76/tahun
Vaginitis kandidal	253	-	50/tahun
Vaginitis trichomonal	41	-	8/tahun
Vaginosis bakterial	85	-	17/tahun
CMS (Cervicitis Menular Seksual) total	359	-	72/tahun
CG (Cervicitis Gonore)	123	-	25/tahun
CNG (C. Non Gonore)	236	-	47/tahun

Sindrom klinis pada Tabel 4 kemudian dikelompokkan dalam PMS sebagai penyakit dengan kausa sama. UG bersama CG konjungtivitis gonoreal. UNG dikelompokkan dalam IGNS bersama dengan NGC dan bartolinitis/ orcho-epididymidis (Tabel 5.).

**Tabel 5.**  
**Spektrum dan frekuensi PMS**  
**di RSUP Dr. Sardjito 5 tahun terakhir**

Jumlah kasus	5 tahun	per tahun	%
Gonore	1.727	345	47
NSGI	1.031	206	28
Vaginitis kandidal	253	51	7
UGMS	233	47	6
Kandiloma genital	196	39	5
Viginosis bakterial	85	17	2
Herpes genital	83	17	2
Vaginosis trikhomonal	41	8	1
Sifilis dini	25	0,5	0,7
Jumlah total	3.674	741,5	

Soedarmadi<sup>11</sup>

Sesuai dengan pengalaman PMS yang banyak terdapat dalam praktek sehari-hari, tes untuk deteksi dini PMS adalah:

cat Gram, untuk discar uretral dan servikal wet mount, untuk discar vaginal.

## Pengelolaan UMS dan CMS

Tes ini cukup sensitif untuk penderita sistematik yang ditandai dengan discar uretral dan discar vaginal (Tabel 6.)

**Tabel 6.**  
**Sensitivitas dan spesivitas**  
**cat Gram untuk Gonore**

Sindrom	Sensitivitas	Spesivitas
Uretra:		
urethritis laki-laki simtomatik	90 - 95	95 - 100
urethritis laki-laki asimtomatik	50 - 70	95 - 100
Endocervic:		
cervicitis gonore	50 - 70	95 - 100
PID	60 - 70	95 - 100

Sumber: Hook III<sup>14</sup>

Telah terbukti bahwa PMN (leukosit polimorfonuklear) = 4 dalam sedimen uretral dengan perbesaran kuat (1.000 kali) merupakan *cut off point* untuk urethritis.<sup>13</sup> Namun banyak yang memakai PMN (leukosit polimorfonuklear) = 5 sebagai kriteria urethritis (pada pria).

Sedangkan untuk penderita asimtomatik sensitivitasnya sekitar 60%<sup>3</sup>, kasus inilah yang perlu pemeriksaan laboratorium lebih lanjut.

Untuk MS diagnosis ditegakkan dengan *cat Gram endouretral*, dengan *cut off point* leukosit PMN = 4 sebagai kriteria urethritis:

UG : PMN > 4, DGNI : (+)

UNG : PMN > 4, DGNI : (-)

Spesivitas dan *positive predictive value*, dengan DGNI mendekati 100% untuk pria dengan urethritis. Spesivitas dan *negative predictive value* tanpa diketemukannya DGNI dalam menyingsingkan (yang berarti diagnosis UNG) juga mendekati 100%.<sup>13</sup>

Dalam penanganan UG non-komplicated banyak regimen dosis tunggal yang efektivitasnya segera dapat diketahui, karena konversi biakan (dengan sendirinya

juga DGNI) terjadi dalam 12 jam, walaupun sindromnya baru hilang pada hari ketiga.

Dengan demikian golongan penisilin masih dapat dipakai dan merupakan sarana untuk pengelolaan UMS kalau tersedia mikroskop, khususnya dalam pendidikan, karena pada hari ketiga akan dapat dinilai jika:

- PMN < 4, DGNI (-) = sembuh
- PMN > 4, DGNI (+) = resisten terhadap penisilin.

Selanjutnya :

- jika PMN > 4, DGNI (-) pada hari ketiga = PGU berarti kasus UG juga menderita UNG pada saat diobati.
- jika PMN < 4, DGNI (-) tetapi pada hari ke-7, hari ke-14, atau hari ke-21/28 PMN meningkat menjadi > 4, apalagi kalau discar uretral (+), berarti UPG yang saat diobati masih dalam masa inkubasi. Yang selanjutnya diterapi dengan regimen klamidia.

Dari segi epidemiologis, semua kasus PMS dengan golongan resiko tinggi harus diobati walaupun tanpa sindrom. Hal ini dikenal sebagai terapi epidemiologis.

Pada kasus yang resisten terhadap penisilin dapat dianggap PPNG/NGPP karena dosis penisilin sudah maksimal, tidak dapat dinaikkan lagi dosisnya.<sup>15</sup>

Ternyata PMN=4 sebagai *cut off point* PMN=10, atau PMN > jumlah sel epitel untuk vaginitis. Bahkan untuk CMS yang simptomatik *cut off point* PMN=5 lebih sensitif daripada PMN = 10. Tidak kalah pentingnya adalah positività pada mitra seks sebagai konfirmasi diagnosis.

Dengan demikian diharapkan penanganan UMS dan CMS yang cepat dan benar diharapkan akan berdampak positif untuk sindroma PMS yang lain. Sedangkan untuk puskesmas/PHC yang tidak tersedia mikroskop, pengobatan yang tepat adalah pemberian regimen untuk PPNG diteruskan dengan regimen untuk UNG/CNG.

### Lain-lain sindrom PMS

Untuk diagnosis vaginosis bakterial ditegakkan dengan adanya kokobasil Gram negatif, tanpa laktobasil, tanpa kenaikan PMN dan sel *Clue*. Sedangkan untuk sifilis di samping mikroskop medan gelap adalah tites VDRL yang tinggi. Kandidosis genital, diagnosis dapat ditegakkan berdasar keluhan khas yang ditemukannya bentuk ragi,<sup>17</sup> sebagai ciri khas bentuk invasif kandida. Sindrom lainnya ditegakkan dengan gambaran klinis khas dan penunjang lain yang lazim yang cukup sensitif untuk PMS yang simptomatik.

Dengan *on the spot diagnosis* atau *real time analysis* diperoleh data/ spektrum PMS berdasarkan sindrom, kemudian dikelompokkan berdasar penyebab PMS. UMS dan KMS merupakan sindrom terbanyak, menduduki tempat I dan II diikuti infeksi kandida, virus, dan ulkus genital menular seksual (UGMS). AIDS atau infeksi HIV juga belum diketahui.

### Kesimpulan

Dengan cara *on the spot diagnosis* atau *real time analysis* yang cukup sensitif untuk PMS simptomatik, diperoleh spektrum di RSUP Dr. Sardjito. Dari sindrom klinis ternyata didapat urutan I adalah PMS dan CMS, diikuti II adalah KMS, yang merupakan kasus PMS dalam ppraktek sehari-hari. Dalam pengelompokan PMS secara total (5 tahun) diperoleh hasil bahwa gonore masih pada urutan pertama bersama NSGI atau IGNS, merupakan 75% dari seluruh kasus PMS, yang manifestasinya adalah UMS pada pria dan KMS pada wanita. Angka untuk UG di RSUP Dr. Sardjito juga masih tetap lebih tinggi daripada UNG. Perlu dicatat sampai saat ini juga tidak didapatkan penderita AIDS atau infeksi HIV.

Diharapkan dengan *on the spot diagnosis* dan pengelolaan UMS dan NSGI secara benar akan mempunyai dampak positif. Penisilin dapat dipakai sebagai sarana untuk menentukan adanya NGPP secara tidak langsung.

### Kepustakaan

1. Soedarmadi, Screening of HIV infection among prostitutes in Yogyakarta. *Berkala Ilmu Kedokteran XXII*; 1990a;3: 101-6.
2. WHO. Management of patient with sexually transmitted diseases. *WHO technical report series 810*, Geneva, 1991.
3. WHO. WHO expert committee on venereal diseases and treponematoses. *WHO technical series 736*, Geneva, 1986.
4. Over, M & Piot, P. *HIV infection and STD HSPR-26*, Population, Health and Nutrition Division and Human Resources Dept. 1991; The World Bank Washington, D.C. 20433.
5. Soedarmadi. Pemilihan pemakaian antibiotik untuk PMS. Dalam S. Suryawati *et al.*, (eds.) *Seminar pemilihan dan pemakaian antibiotik*, 1990b; :159-72.
6. WHO, WHO features, Dec. 1990 No. 152 Geneva, 1990. Thin, RN. *Lecture notes on STD*. PG Publishing Pte. Ltd., Singapore, 1983.
7. WHO Current treatment in the control of STD, *WHO/STD/83*, 1982; 433, WHO, Geneva
8. Soedarmadi. *Perkembangan diagnosis dan penatalaksanaan UNG*, FK-UGM Yogyakarta, 1987.
9. WHO. N. *Gonorrhoeae and gonococcal infections*. WHO TRS, 1978; 616. Geneva,.
10. Soedarmadi. *Spektrum PMS di RSUP Dr. Sardjito*, 1992; Solo, 29 Feb. 1992.
11. WHO. *Control of STD*, Geneva, 1985.
12. Bowie, WR. Urethritis in male *In* King K. Holmes *et al.*, (eds.) *STD*; 1984; 638-50, New York.
13. Hook III, EW & Handsfield, HH. Gonococcal infections in the adult *In* King K. Holmes *et al.*, (eds.): *STD* 2nd ed. 1990: 149-65. McGraw-Hill Book Co., New York.
14. Willkox, RR & Willkox, Jr. *Venerological medicine*. Grant McIntyre, Medical Scientific, 1982, London.
15. Arya OP, Mall Son H, Andrew BE. Diagnosis of Urethritis: Role of polymorphonuclear cells counts in gram stained urethral smear. *STD* 1984; 11 (1): 10-7.
16. Goslen, JB & Kobayashi, GS. Mycologic infection *In* Thomas B. Fitzpatrick *et al.*, (eds): *Dermatology in general medicine* 1987; 2193-248. McGraw-Hill Book Co.